



DR. INGELMANN ZAHNMEDIZINISCHES ZENTRUM

HERZLICH WILLKOMMEN IN UNSERER PRAXIS

Bevor wir uns in Ruhe über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Angaben über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Dies ist wichtig für eine adäquate und risikoarme Behandlung, weil sich Medikamente oder auch Krankheiten gegenseitig beeinflussen können. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Unsere Praxis wird nach dem Bestellsystem geführt. Dadurch entstehen für Sie keine Wartezeiten und wir können Sie in Ruhe, in der für Sie reservierten Zeit, behandeln. Sollten Sie jedoch einen vereinbarten Termin nicht einhalten können, sagen Sie diesen bitte auf jeden Fall ab - wenn möglich 24 Stunden vorher.

Vielen Dank für Ihre Mithilfe!

Patientendaten

Name des Patienten: _____
geb. am: _____
Geburtsort: _____
Anschrift: _____

Name der Krankenkasse: _____

Bitte bei einer gesetzlichen Kasse angeben:

Pflichtversichert? **ja** [] **nein** []

Privat zahnärztlich zusatzversichert? **ja** [] **nein** []

Haben Sie die Kostenerstattung gewählt? **ja** [] **nein** []

Bitte bei einer Privatversicherung angeben:

Beihilfeberechtigt? **ja** [] **nein** []

Telefon: _____

Fax: _____

Mobil: _____

Telefon Büro: _____

E-Mail-Adresse: _____

Beruf: _____

Versichertendaten (sofern sie von den Patientendaten abweichen)

Rechnung an Patienten oder Versicherten? _____

Versicherter: _____

geb. am: _____

Anschrift: _____

Haben Sie Interesse an regelmäßiger Vorsorge,
um erneute Erkrankungen zu vermeiden? **ja** [] **nein** []

Wie möchten Sie an Ihren nächsten Vorsorgetermin erinnert
werden? [] **telefonisch** [] **schriftlich**
[] **per E-Mail**

An welchen Wochentagen zu welcher Zeit möchten Sie am liebsten behandelt werden?

Wochentag: 1. _____ Zeit: 1. _____

2. _____ 2. _____

3. _____ 3. _____

Termine, die ich nicht einhalten kann, werde ich spätestens 24 Stunden vorher absagen, da ansonsten die durch mein Fernbleiben entstandenen Kosten in Rechnung gestellt werden können.



Patient: _____

Seite 1

HERZLICH WILLKOMMEN IN UNSERER PRAXIS

Bevor wir uns in Ruhe über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Angaben über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Dies ist wichtig für eine adäquate und risikoarme Behandlung, weil sich Medikamente oder auch Krankheiten gegenseitig beeinflussen können. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Unsere Praxis wird nach dem Bestellsystem geführt. Dadurch entstehen für Sie keine Wartezeiten und wir können Sie in Ruhe, in der für Sie reservierten Zeit, behandeln. Sollten Sie jedoch einen vereinbarten Termin nicht einhalten können, sagen Sie diesen bitte auf jeden Fall ab - wenn möglich 24 Stunden vorher.

Vielen Dank für Ihre Mithilfe!

Spezielle Anamnese

Allergien? ja [] nein []

Wenn ja, welche?

Allergiepass ja [] nein []

Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente? ja [] nein []

Wenn ja, welche?

Sonstige Erkrankungen

Ist Ihr Kind z. Z. in ärztlicher Behandlung? ja [] nein []

Bei wem?

Warum?

Hat Ihr Kind Einschränkungen der Sehkraft / des Gehörs? ja [] nein []

Wenn ja, welche?

Herzerkrankung / Herzfehler ja [] nein []

ADHS / ADS ja [] nein []

Hat Ihr Kind andere Erkrankungen? ja [] nein []

Wenn ja, welche?

Zahnmedizinische Anamnese

Hat Ihr Kind Lutschgewohnheiten? ja [] nein []

Wenn ja, welche (z.B. Daumen)?

Schnuller ja [] nein []

Putzt Ihr Kind die Zähne alleine? ja [] nein []

Handzahnbürste ja [] nein []



Patient: _____

Seite 2

Elektrische Zahnbürste ja [] nein []

Wie oft putzt Ihr Kind die Zähne am Tag?

Ist Ihr Kind in kieferorthopädischer Behandlung? ja [] nein []

Wenn ja, bei wem?

Hat Ihr Kind Zahnschmerzen? ja [] nein []

Sollen wir etwas bei der Behandlung Ihres Kindes beachten?

Grund Ihres Besuches

Erster Besuch beim Zahnarzt ja [] nein []

Hat Ihr Kind Angst? ja [] nein []

Dürfen wir Ihr Kind an regelmäßige
Vorsorgeuntersuchungen erinnern? ja [] nein []

Wir benötigen Ihre Krankenversichertenkarte bei jedem Besuch in der Praxis. Liegt sie uns 14 Tage nach der Behandlung nicht vor, betrachten wir Sie als Privatpatient und Sie erhalten eine Rechnung.

Datum Unterschrift _____